-アルジェリア民主人民共和国-

州：……

地域公衆衛生機関：……..

一般 / 特別 健康診断書

私は署名した医師 ……..…… が以下の受診者を診察したことを証明します。
氏名：……
生年月日および出生地：……..…….
対象者の立場：…….. の候補者

以下の疾患に該当する兆候は見られませんでした：

- ***感染症***
- ***悪性腫瘍***
- ***身体的麻痺***
- ***重度の小児疾患（未成年者の場合）***
- ***肺疾患***
- ***肺結核***

発行地：……
発行日：……..…..

医師署名および機関印,

x